附件1

药品经营企业停业报告表

填报单位（盖章）： 填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 企业基本信息 | | | |
| 企业名称 |  | | 药品经营许可证编号 |
| 经营地址 |  | | |
| 仓库地址 |  | | |
| 法定代表人 | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 联系电话\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 质量负责人 | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 联系电话\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 停业信息 | | | |
| 停业原因 |  | | |
| 停业期限 | 开始：\_\_\_年\_\_月\_\_日 | | 恢复：\_\_\_年\_\_月\_\_日  （或“暂不确定”） |
| 企业状态 | 保留关键人员： 联系电话 | | |
| 库存药品 | | | |
| 药品统计 | 总品种：\_\_\_\_种 | | 总量：\_\_\_\_盒/瓶/支 |
| 存储措施 |  | | |
| 其他说明 |  | | |
| 企业承诺 |  | | 法定代表人签字： 日期： |

填表说明：1.本表适用于批发/连锁总部；2.停业超6个月的需填报；3.需附：□许可证复印件□库存清单□质量人员证明；4.多页材料每页需盖章